FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1327

ANNEE 1962

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

PAR

John R. POLLACK

Né le 29 janvier 1930, à New York City, N. Y., (U.S.A.)

Présentée et soutenue publiquement le 196

L'EDUCATION PSYCHIATRIQUE AUX ETAT-UNIS

Président : M. DELAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1962

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1962

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

PAR

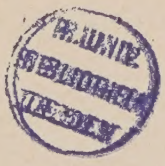
John R. POLLACK

Né le 29 janvier 1930, à New York City, N. Y., (U.S.A.)

Présentée et soutenue publiquement le 196

L'EDUCATION PSYCHIATRIQUE AUX ETAT-UNIS

Président : M. DELAY, Professeur



IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1962

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538114_0052

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN : Léon BINET, *Membre de l'Institut*

1er ASSESSEUR : Jean VERNE — 2e ASSESSEUR : Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

Pneumo-phtisiologie :
MM. KREIS (B.); MEYER (A.); RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :
MM. DENIKER (P.); DUCHÉ (D.); FLAVIGNY (H.); LAPRESLE (J.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

Stomatologie :
M. CERNÉA (P.); Mme CHAPUT (A.), *m. conf. agr.*; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :
MM. CHASSAGNE (P.); LAMOTTE (M.); MARCHE (J.).

Urologie :
MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale :
MM. ABOULKER (P.); AMELINE (A.), *pr. s. ch.*; VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :
MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :
MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :
MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique oto-rhino-laryngologique :
M. MADURO (R.).

Clinique pédiatrique et puériculture :
M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie . . . . . M. HAUDUROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale . . . . . M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES TROIS FILS : Richard, Robert, Paul

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DELAY

Professeur de la Chaire de Clinique des

Maladies Mentales

Membre de l'Académie de Médecine

Directeur de l'Institut de Psychologie

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand

honneur d'accepter la présidence

de cette thèse.

En Hommage respectueux.

A MONSIEUR le PROFESSEUR DELAY

Professeur de la Chaire de Clinique des

Maladies Mentales

Membre de l'Académie de Médecine

Directeur de l'Institut de Psychologie

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand

honneur d'accepter la présidence

de cette thèse.

Nos hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PICHOT

Qui m'a inspiré le sujet de
cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression
de toute ma gratitude.

Avant de commencer un exposé sur l'éducation psychiatrique aux Etats-Unis, une certaine connaissance de l'organisation d'éducation professionnelle en Amérique et un exposé de l'historique de l'enseignement médical aux Etats-Unis est indispensable.

Avant 1765, les étudiants d'Amérique étaient obligés d'aller à l'étranger pour leur éducation médicale, principalement dans les écoles de médecine d'Edimburg, Londres et Paris. D'autres perfectionnaient leur instruction en servant à titre d'assistants auprès d'un praticien. Ce dernier moyen était assez répandu du fait des frais qu'occasionnaient des études à l'étranger.

D'une façon générale ces aides n'avaient que peu d'occasions d'étudier parce que forcés de dépendre de leur précepteur pour ce qu'ils pouvaient apprendre à son contact.

La première école de médecine en Amérique fut fondée par John MORGAN, un agrégé Américain d'Edimburg, en collaboration avec William SHIPPEN Jr. et RUSH en 1765, quand ces trois hommes rassemblèrent autour d'eux dans la ville de Philadelphie un groupe d'étudiants en vue de leur enseigner les rudiments de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique.

Il fut appelé MEDICAL COLLEGE OF PHILADELPHIA dépendant maintenant de l'Université de Pennsylvanie.

Au cours du demi siècle suivant, d'autres écoles se créèrent; quelques-unes d'entre elles furent inspirées par LOUIS et LAENNEC et montrèrent clairement l'influence de la médecine française.

A l'époque de la Révolution américaine, pour une population de trois millions d'âmes on comptait probablement 3.500 médecins sur lesquels on pouvait estimer que pas plus de 400 étaient diplômés. Bien que l'apprentissage médical ne disparut pas complètement, les conférences devinrent de plus en plus largement acceptées comme méthode courante d'instruction et la création d'un nombre extraordinaire d'écoles de médecine pendant la dernière moitié du dix-neuvième siècle, fut une conséquence de cette tendance. Malheureusement, dans ces efforts pour élargir et systématiser la composition du cycle médical, l'importance de l'expérience clinique fut progressivement perdue de vue entraînant à brève échéance l'erreur commise par ces étudiants essayant d'étudier la médecine dans les manuels bien que n'ayant que peu ou pas du tout de contact avec les malades.

C'est à Sir William OSLER que l'on doit l'instauration dans ce pays de l'habitude britannique d'employer les étudiants en médecine comme assistants dans les salles d'hôpital, introduisant ainsi une nouvelle appréciation de l'importance de l'expérience pratique dans l'enseignement clinique qui a influencé à un degré plus ou moins élevé toutes nos écoles de médecine.

Pendant la première moitié du dix-neuvième siècle, le contrôle de l'Etat de la pratique médicale commença à être exercé par l'intermédiaire de Sociétés médicales locales dont la qualité de membre était considérée comme suffisante.

Plus tard, le diplôme de l'école de médecine eut la même valeur. L'impossibilité pour les écoles de se maintenir au niveau de l'évolution scientifique conduisit, pendant les dernières années du dix-neuvième siècle et la première partie du vingtième, à l'instauration de Conseils de Médecine d'Etat ayant pouvoir d'examiner tous les candidats et d'agréer ceux ayant subi avec succès les épreuves proposées par le Conseil.

L'AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, fondée en 1847, inséra dans ses statuts une déclaration de principe en ces termes : "Cultiver et améliorer la connaissance médicale; élever le standard de l'enseignement médical; promouvoir l'utilité, l'honneur et l'intérêt de la profession médicale; éclairer et diriger l'opinion publique en considération des devoirs des responsabilités et des besoins des hommes de médecine; susciter et encourager l'émulation et l'esprit d'équipe dans la profession et faciliter et favoriser les relations amicales entre ceux ayant embrassé cette profession". L'évènement le plus significatif dans la vie de l'association fut en 1901 la réorganisation qui rassembla toutes les sociétés locales et les sociétés d'Etat en une union organique comme éléments constitutifs de l'American Medical Association. Aux environs de 1914, certains principes concernant l'enseignement médical avaient été généralement retenus bien que n'ayant pas été suivis dans chaque établissement d'une mise en application rationnelle correspondante.

Ces principes étaient :

1) Qu'un critère minimum d'éducation préalable doit précéder l'admission à l'école de médecine.

2) Que dans les sciences médicales telles que l'anatomie et la physiologie il y a lieu d'employer des professeurs expérimentés rompus à leur spécialité respective de préférence à des praticiens qui ne peuvent consacrer que quelques heures par semaine à leurs responsabilités académiques.

3) Que la médecine ne doit être étudiée ni par le seul moyen des manuels, ni par celui des conférences mais surtout par le contact direct avec le malade; c'est pourquoi les hôpitaux et dispensaires étaient aussi nécessaires à une école de médecine qu'un laboratoire de chimie ou une salle de dissection.

4) Pour inspirer confiance au public, s'assurer son appui et maintenir un haut critère académique, il est apparu nécessaire que les écoles de médecine soient englobés dans les hautes études, qu'elles en fassent partie ou soient tout au moins rattachées aux Universités.

Des Conseils d'Etat furent tenus pour l'adoption de règles ou d'un statut excluant des jurys d'examen les diplômés d'écoles d'un niveau insuffisant. Ceci, par le fait, causa la fermeture ou la disparition de la plus grande partie de ces écoles qui ne pouvaient atteindre un critère acceptable, et celles qui survécurent

furent à même d'approfondir les programmes éducatifs.(1)

L'existence, maintenant familière des écoles universitaires où cet enseignement supérieur de quatre ans est en vigueur, fut bien définie aux environs de 1920. Il était prévu d'y dispenser des notions de chimie analytique, d'y créer de nouveaux cours dans les domaines récemment découverts à la suite de recherches (bactériologie, etc..) ou par suite de la spécialisation (comme pour la pédiatrie) et d'y pratiquer l'enseignement et l'internat cliniques. La recherche scientifique obligea aussi à perfectionner l'enseignement en encourageant l'instauration de chaires permanentes dans le domaine préclinique et même dans quelques écoles cliniques, et cela amena tout naturellement à choisir les professeurs sur le plan national, et non plus local.

Depuis, l'éducation médicale américaine s'est considérablement développée et a bénéficié de la contribution apportée à la médecine par les sciences. Il est à remarquer, toutefois, qu'au fur et à mesure qu'elle en retirait quelques gains et avantages, l'éducation médicale le payait d'un autre côté par la perte d'autres éléments qui avaient pourtant leur valeur.

Par exemple, l'étude par la méthode dite d'apprentissage fut abandonnée du fait que, lorsque les sciences intervinrent dans

---

(1) Les révélations du "Rapport Flexner" (1910) furent si dévastatrices que la plupart des écoles les plus faibles durent fermer; ces dernières étaient principalement des institutions non universitaires qui manquaient de personnel et de facilités quant aux progrès des sciences cliniques. A l'inverse, les écoles universitaires survécurent d'une façon générale, du fait qu'elles n'étaient pas incitées à des standards moindres pour des raisons d'économie. En 1907, il y avait environ 150 collèges médicaux aux Etats-Unis et au Canada; aux environs de 1927 il n'en restait que 79.

une plus large mesure dans la médecine, l'étudiant dut effectuer un stage plus long à l'école où lui était imposé un programme plus fouillé en même temps que des méthodes d'observation plus justes lui étaient enseignées. Mais, quand l'étudiant fut retiré de ce système d'apprentissage et placé dans un cycle médical organisé en amphithéâtres, laboratoires et hôpitaux, il fut indirectement forcé de substituer les théories scientifiques à la compréhension réelle de la nature humaine; il fut privé du sens d'appréciation du milieu familial et des relations sociales des malades, ainsi que de la faculté de suivre toute maladie à long terme dans son déroulement normal.

Il serait sage à présent de faire ressortir la différence existant entre une licence et une agrégation, l'une entraînant avec elle le droit d'assumer une charge qui est la preuve d'aptitudes universitaires, l'autre le droit de pratiquer soit comme professionnel, soit sur le plan de la recherche scientifique, les deux émanant de la même autorité, l'Etat, soit directement, soit par moyens intermédiaires. Comme les étrangers sont souvent embarrassés pour se rendre compte de la diversité de notre législation, on doit signaler le fait que tous les moyens de contrôle de règlement intérieur sont laissés exclusivement aux différents états et que les lois nationales règlementant la pratique professionnelle ne peuvent être invoquées.

Au cours des différentes prises de position ci-dessus résumées, l'Amérique emprunta à l'Europe beaucoup des meilleurs principes des écoles écossaises, françaises, anglaises et allemandes, en les adaptant en même temps à son propre système d'enseignement ainsi qu'à la structure de sa propre Université.

Présentement, le cours médical aux Etats-Unis s'étend sur quatre années scolaires d'approximativement trente-deux semaines (à l'exception des écoles de médecine des Universités de Northwestern et Duke et celle des Universités de Minnesota et du Tennessee qui fonctionnent selon le système trimestriel).

Le programme standard reconnu par le Conseil d'Education Médicale et des Hôpitaux consiste en 3.600 et 4.400 heures réparties en 900 à 1.100 heures par an et groupées comme indiquées dans le tableau suivant; à chaque groupe doit être alloué approximativement le pourcentage des heures de cours ainsi qu'il suit :

	%
1. Anatomie y compris Embryologie et Histologie ..	14 18,5
2. Physiologie	4,5 .. 6
3. Biochimie	3,5 .. 4,5
4. Pathologie, Bactériologie et Vaccination préventive	10 13
5. Pharmacologie	4 5
6. Hygiène et Antiseptie	3 4
7. Médecine générale Neurologie et Psychiatrie Pédiatrie Dermatologie et traitement de maladies vénériennes	20 26,5
8. Chirurgie générale Chirurgie orthopédique Urologie Ophtalmologie Otolaryngologie Radiologie	13 17,5

9. Obstétrique et Gynécologie	4	5
TOTAUX	76 ...	100
FACULTATIFS	24 ...	0

Maintenant, pour pouvoir comprendre les conditions primordiales de l'éducation médicale, il est indispensable d'avoir au moins une idée sommaire du système scolaire américain :

- Après huit ans de Lycée, l'étudiant passe quatre ans en cours supérieur considéré en général comme le plus faible anneau de la chaîne de l'enseignement américain. L'école supérieure est suivie par quatre années de hautes études qui sont en partie une éducation universitaire complète et en partie, durant les deux dernières années, un préliminaire à une spécialisation plus poussée vers l'obtention des diplômes d'admission dans "l'ordre" (cas de l'Ecole de Médecine) qui du fait qu'elles durent quatre ans seulement, diffèrent de façon importante de l'instruction médicale de l'Université française. C'est à un plus haut niveau intellectuel qu'une grande différence existe entre l'Université européenne en général et la méthode d'enseignement universitaire française en particulier.

Bien qu'une Université Nationale aussi soutenue par les fondateurs de notre Gouvernement manque de réussite, l'idée de l'aide publique tendant à promouvoir une plus vaste culture dans les différents états devient une réalité. Les Etats-Unis n'ont pas de méthode d'éducation nationale particulière. Celle s'en approchant le plus est l'unité de vue dans le but à atteindre qui prévaut dans les Universités et Collèges subventionnés par l'Etat et les subven-

tions fédérales qui leur sont attribuées. La première Université fondée fut celle de la Caroline du Nord qui ouvrit ses portes en 1789, l'année où le Gouvernement National fut organisé. Depuis, cinquante et une de ces institutions ont été mises en place dans les différents Etats et Territoires. Il y en a au moins une dans la plupart des Etats et dans quelques uns, (Ohio, Indiana et Californie) deux ou plus; cependant plusieurs en nouvelle Angleterre n'ont jamais fondé d'Universités subventionnées par l'Etat.

Il existe une autre sorte d'établissements (publics ceux-ci) mais non gouvernementaux, appelés Collèges et Universités à subventions privées, qui sont au nombre de 675, et bénéficient de 1.500.000.000 dollars de subvention dont la moitié est attribuée à 3 % de l'ensemble alors que 90 % de la somme totale est allouée au 1/4 de ces organisations.

Les Collèges et Universités à subventions privées diffèrent en optique de plan de travail axé sur l'objet principal de l'enseignement et de la recherche de base. Quelques universités non subventionnées par le Gouvernement font de l'instruction académique dans les Collèges spéciaux leur principale préoccupation pendant que, dans d'autres, la principale considération est donnée aux écoles professionnelles.

Avec cet arrière plan de l'histoire de l'enseignement médical américain et de l'organisation des institutions correspondantes, nous entamons un exposé sur le rôle de la Psychiatrie dans l'étude médicale aux Etats-Unis.

Il y a maintenant 82 écoles de médecine en Amérique. Après avoir été diplômés par une de ces universités, les médecins qui désirent se spécialiser en psychiatrie peuvent poursuivre leurs études dans un ou plus des 288 hôpitaux dont les programmes d'enseignement ont été approuvés par le Conseil d'Education Médicale et le Conseil Américain de Psychiatrie et de Neurologie.

La Conférence d'Ithaque en 1951 concernant "La psychiatrie dans l'enseignement médical" et le rapport publié en 1952 qui en contient les questions débattues et les solutions adoptées fut probablement une des étapes les plus importantes en matière d'organisation et de règlementation de l'enseignement psychiatrique aux Etats-Unis; enseignement qui est naturellement toujours varié au point de vue qualitatif et quantitatif, mais les différences entre états qui avant la conférence d'Ithaque étaient si prononcées que c'était un non sens que de discuter de l'enseignement psychiatrique américain en général ont déjà à un degré surprenant ouvert la voie à une homogénéité croissante. (2)

Une étude des pratiques d'enseignement courant fut faite par la conférence au moyen d'un questionnaire adressé aux écoles de médecine des Etats-Unis s'enquérant du programme, des progrès, de la valeur et des tendances de l'enseignement dispensé aux étudiants dans le domaine psychiatrique.

---

(2) La conférence estima judicieuse cette diversité car, dans ce domaine relativement nouveau et s'étendant toujours, l'expérience est on ne peut plus souhaitable. Le plus souvent la différence énorme entre les possibilités et les disponibilités des divers centres médicaux devait obligatoirement entrainer des différences de forme pour s'adapter à chaque cas déterminé.

Sur les 49 écoles ayant répondu, 47 ont des cours séparés appelés soit "Cours de psychiatrie" (33), soit "Cours de neurologie et psychiatrie" (14); dans deux écoles (Howard et Syracuse) la psychiatrie est une subdivision du cours de médecine générale.

36 écoles sur 49 enseignent la psychiatrie pendant la totalité des quatre années du cycle; 7 ne font pas d'enseignement psychiatrique pendant la première année; une n'a pas d'enseignement psychiatrique pendant la première et la troisième année, 5 n'enseignent pas la psychiatrie pendant la quatrième année.

Méthode et Programme annuel

Première année

Dans les écoles qui enseignent la psychiatrie pendant la première année (41 sur 49), la principale technique d'enseignement employée est le cours didactique. En pratique, toutes les réponses faisant quelque état de leur programme, le programme général des cours peut être placé sous le titre "Structure et développement de la personnalité". Assez peu font mention explicite des éléments constitutifs de l'histoire de la psychiatrie, et un petit nombre fait mention spéciale de la "psychopathologie de la vie quotidienne". Quelques réponses mettent en relief les relations entre le médecin et le malade.

Des exemples typiques extraits des divers rapports reçus sont donnés ici pour illustrer la diversité des programmes et des méthodes d'enseignement.

En Illinois, après peu de conférences d'introduction leur ayant été faites, les étudiants sont envoyés par groupes de deux ou

trois visiter et s'enquérir auprès d'un vaste secteur d'organisations et d'institutions dans la communauté comprenant les hôpitaux, les écoles et les organisations sociales. Après quoi a lieu une série de discussions sur des sujets tels que la psychoneurose, l'alcoolisme, la délinquance, et le rôle du milieu dans le développement de la personnalité. Les expériences des étudiants servent de base aux discussions et les représentants des institutions sont présents à titre consultatif.

A Georgetown, Michigan et Long Island, les cours didactiques sont suivis de discussions et conférences en petit comité. En plus des cours habituels sur la personnalité, l'Ecole du Minnesota mentionne des cas de malades présentant des maladies corporelles pour démontrer de façon élémentaire qu'un médecin doit considérer un malade dans son ensemble.

L'essentiel de l'enseignement dispensé dans le Département de Psychiatrie du Colorado est partie de l'ensemble du cours appelé "Médecine en tant que biologie humaine".

A Washington (Seattle) les étudiants pendant les sept premières années font leur travail en psychologie en commençant leurs expériences personnelles sous la supervision directe d'un membre du département de psychiatrie.

En Indiana, l'enseignement didactique est limité et la majeure partie des heures de classe se passe en discussions d'information. Quand les étudiants réagissent émotionnellement aux concepts psychanalytiques, un groupe restreint de thérapeutique est organisé. Cette idée de groupe thérapeutique pour les étudiants en médecine est utilisée de façon intensive à Emory où il n'y a pas,

à proprement parler, de méthodes d'enseignement définie.

Louisville est unique en ce que c'est la seule école ayant instauré un apprentissage clinique en première année. Vingt-quatre heures d'apprentissage se passent avec un délinquant ou un adolescent déficient dans un centre d'enfants. L'étudiant interroge le malade et présente ensuite ses notes à une session de groupe. On amène également l'étudiant à considérer les problèmes de sa propre personnalité.

Deuxième année

En seconde année, la méthode du cours est employée comme principale technique d'enseignement de la psychiatrie par 47 écoles sur 49. Les deux exceptions sont Johns Hopkins et Emory. Johns Hopkins considère l'interrogatoire comme le moyen le meilleur pour découvrir les problèmes personnels et évaluer les troubles de la personnalité, ceci avec la participation des étudiants en discutant en groupes réduits. A Emory, le groupe thérapeutique institué pour les étudiants de première année de médecine se poursuit en deuxième année et les étudiants ont la possibilité de faire de la psychothérapie individuelle.

Les écoles ne faisant pas de cours de première année emploient cette deuxième année en entamant des cours sur le "développement de la personnalité", en combinant parfois ce sujet avec la "psychopathologie" ou quelque chose de similaire. En général, l'optique de ce terme n'est pas clairement définie, mais elle semble engloger des matières telles que la "physiologie émotionnelle", l'anxiété et les mécanismes de défense, les réactions aux pressions morales, les manifestations psychiques, etc...

D'après les réponses, il est à remarquer que pendant la deuxième année l'on tend à familiariser l'étudiant avec le malade type par l'emploi dans les conférences et aussi dans les cours d'interrogatoire médical, de sujets vitaux. Ces cours sont faits dans le plus grand nombre des départements de psychiatrie, soit de façon séparée, soit simultanément avec le cours de médecine générale. En plus de la pratique habituelle d'interrogatoire des malades hospitalisés, un certain nombre d'écoles enseignent la pratique expérimentale par des projections cinématographiques sonores, l'écoute de bandes de magnétophone et la télévision.

Troisième et Quatrième années : Généralités

Ce sont les années de l'enseignement clinique le plus étendu. Comme techniques d'enseignement, sur les 49 écoles considérées, 38 continuent à employer les cours didactiques ou les démonstrations cliniques en troisième année; 14 écoles n'emploient que ces méthodes comme principales techniques d'enseignement. En quatrième année, 21 écoles les emploient pour la totalité de la classe; elles sont la seule méthode en usage dans 4 des 21 écoles précitées.

Troisième et Quatrième années : Apprentissage clinique

Le terme "apprentissage clinique", bien qu'utilisé dans un sens très vaste, décrit en général une sorte de contact direct entre l'étudiant et les malades. "L'apprentissage" peut s'exercer à partir de quelques heures par semaine pendant deux semaines, jusqu'à trois mois à plein temps, en psychiatrie, suivis d'une à deux semaines au plus d'internat dans un hôpital d'Etat.

Le but fondamental de l'apprentissage avec les malades hospitalisés semble être de donner aux étudiants l'occasion de travailler en contact direct avec les malades. La plupart des écoles souligne l'importance d'une supervision du travail des étudiants en pareil cas, et décrivent un programme complet de conférences, de discussions par petits groupes, d'assemblées spéciales, etc..., pendant l'apprentissage. La façon dont cette supervision est actuellement exercée n'est pas très définie. Là où le personnel d'internat est suffisant il aide les apprentis dans leurs études. Par exemple, à Cincinnati chaque apparenti inscrit est parrainé par un interne.

L'apprentissage clinique sur les malades de l'extérieur semble offrir une grande diversité dans la participation des étudiants allant d'un extrême à l'autre, depuis l'interrogatoire "rond de cuir" purement superficiel, jusqu'à la psychothérapie intense et prolongée avec des malades choisis. Les réponses reçues n'ont pas clairement indiqué les étapes des progrès ou les aménagements de la supervision dans le travail psychiatrique des étudiants dans les secteurs s'occupant de malades externes.

Troisième et Quatrième années : Médecine psychosomatique

30 écoles attirent spécialement l'attention sur quelques idées générales sur l'enseignement de la médecine psychosomatique pour étendre les programmes dans ce domaine. L'intégration des concepts psychiatriques dans le programme de médecine générale est commune et réalisée soit par des discussions de groupes particulières ou par un moyen tel que les rapports entre les psychiatres et les docteurs en médecine générale. D'une façon générale des confé-

rences hebdomadaires ou bi-hebdomadaires ont lieu. Il est d'usage général d'adopter cette méthode en coopération avec le Département de Médecine générale.

Certaines institutions - Colorado, Washington, Rochester - ont associé leur programme de travail avec d'autres départements tels que la chirurgie, l'obstétrique et la gynécologie.

Troisième et Quatrième années : Psychiatrie infantile

Beaucoup d'écoles font état des problèmes ayant trait aux réactions et aux "problèmes de l'enfant normal" en coopération avec des pédiatres. Cet enseignement s'effectue habituellement au moyen de conférences, et un petit nombre d'écoles seulement semble s'engager dans un enseignement plus étendu des problèmes psychiatriques de l'enfance. Quelques-unes font une série de cours sur cette matière; pas plus de deux ou trois donnent à leurs étudiants l'occasion de contacts cliniques directs avec des enfants mentalement déséquilibrés, exception faite des contacts accidentels avec un enfant en cours de travail, sur le plan psychiatrique adulte.

C'est l'enseignement clinique de Washington (Seattle) qui est le plus étendu dans ce domaine. Pendant neuf semaines, les étudiants passent trois heures par semaine dans une clinique psychiatrique pour enfants. L'orientation est donnée au cours des quatre premières sessions. Puis, des indications sont données concernant les rapports de l'enfant avec ses parents et autres adultes, ses frères et soeurs et autres proches, la fonction des organismes sociaux, les relations du malade dans la vie de famille et la vie en commun, et sur le diagnostic et la thérapeutique dans des cas particuliers. Après cette introduction, l'étudiant examine et traite

les enfants sous une surveillance étroite et présente les cas pour en discuter au cours des conférences cliniques. L'accent est placé sur la nécessité de compréhension totale des dynamiques résultant des problèmes de comportement des enfants; le traitement comprend la psychothérapie individuelle pour l'enfant et les parents et l'utilisation des ressources de la communauté.

Ce tour d'horizon fait apparaître nettement deux tendances générales.

La première est que des mesures doivent être prises, ou des efforts faits dans ce sens pour que la psychiatrie soit enseignée pendant toutes les années du cours médical. Le programme général d'enseignement semble devoir être le suivant :

1) Quelques cours et discussions d'orientation générale présentant le malade en tant qu'individu, la nature de la personnalité à travers les étapes vers la maturité sociale et émotionnelle.

2) Une instruction de base sur la façon de mener un interrogatoire et autres méthodes pour l'étude de la personnalité.

3) L'apprentissage clinique avec les malades hospitalisés ou non, méthode principale pour la familiarisation avec les problèmes psychiatriques.

4) Des discussions ou des conférences cliniques pour étudier des sujets ou des cas particuliers.

La seconde tendance est l'accroissement de l'extension de l'enseignement intégré, en collaboration avec les autres départements de l'école de médecine, ou même parfois avec les départements d'autres écoles de l'Université. Il est significatif qu'une impor-

tance particulière ait été donnée aux aspects sociaux de la médecine au cours de beaucoup de ces expériences en matière d'enseignement psychiatrique intégré.

La conférence d'Ithaque fut réalisée par l'association des collèges médicaux américains et l'association psychiatrique américaine, dont le Président John WHITEHORN fut également Président de la conférence. Parmi les participants, on remarquait Karl BOWMAN, Stanley COBB, Franklin EBAUGH, Jack EWALT, Francis GERTY, Alan GREGG, Robert HEATH, Maurice LEVINE, Theodore LIDY, Erich LINDEMANN, Karl MENNINGER, Frederick REDLICH, John ROMANO et Bernard WORTIS. Il est intéressant de noter que la majorité des 82 membres de la conférence (c'est-à-dire 50) n'étaient pas des psychiatres mais des spécialistes en médecine, des pédiatres, des sociologues, ou des doyens de facultés non médicales. Il était donc naturel que la conférence ne cherchât pas à approfondir les détails de l'éducation psychiatrique, mais essayât d'analyser et de mettre en lumière le rôle de la psychiatrie dans l'enseignement médical général. Ce faisant, la conférence prit conscience d'être un facteur d'émulation pour une nouvelle orientation dans l'enseignement médical américain.

Cet exposé conduit à une formelle définition de principe :

"Conserver et préserver la santé de la communauté en recherchant, définissant et en aidant au développement de programmes permettant d'améliorer l'enseignement psychiatrique tant sur le plan théorique que sur le plan pratique, en modernisant les méthodes médicales nécessaires pour déceler et traiter les maladies mentales et les déséquilibres émotionnels, par la coordination des

efforts de tous les groupes s'occupant de ces problèmes de façon que la totalité de leurs ressources puissent être utilisées de la façon la plus rationnelle."

Dans un passé encore peu lointain la méthode habituelle pour l'enseignement de la psychiatrie aux étudiants au point de vue théorique et pratique consistait dans la présentation de cas sélectionnés pour illustrer les aspects descriptifs de la psychiatrie clinique permettant leur classification. Les aspects scientifiques fondamentaux de la psychiatrie étaient supposés ressortir de la neuro-anatomie, de la neurophysiologie et de la neuropathologie.

Vinrent alors les remarquables études psychanalytiques de FREUD, JUNG, ADLER, et d'autres, le développement des méthodes psychométriques et l'enseignement des méthodes génético dynamiques d'Adolph MEYER sur les malades en observation. Ceci occasionna dans les rangs de la psychiatrie remuée par ces évènements une série de schismes et de révolutions, et il y a encore là de très grandes divergences d'opinions passionnément proclamées et passionnément attaquées. Une masse de principes et de théories qui peut être désignée comme l'aspect psychodynamique de la psychiatrie est encore en voie d'intense développement.

Dans son sens le plus général le terme "psychodynamique" doit sans doute inclure toute la somme de connaissances sur les forces sociales et biologiques qui influent sur le comportement personnel dans la voie psychologique. Le terme toutefois est couramment employé dans un sens plus restrictif, et est axé sur certaines influences psychologiques intermédiaires telles que les relations entre

personnes, le refoulement, les conflits émotionnels. Aussi bien que, actuellement, il existe pratiquement une appréciation commune parmi les psychiatres américains de la grande importance d'un examen psychodynamique pour les problèmes psychiatriques, individuellement les psychiatres en position d'enseignement ont modifié dans une certaine mesure leur interprétation des moyens de développements offerts dans cet aspect de la psychiatrie.

L'examen clinique et le test expérimental des hypothèses psychodynamiques a été l'une des principales tâches de la psychiatrie et est maintenant un de ses principaux objets de recherche. Mais la nécessité clinique d'agir est immédiate et pressante, et de telles exigences risquent d'amener une cristallisation prématurée des connaissances acquises. L'énoncé des principes psychodynamiques en psychiatrie en matière d'enseignement a conduit pour cette raison même à négliger l'attente de la confirmation du procédé. Par exemple, beaucoup d'hypothèses dynamiques très hardies, telles que la théorie du libido de FREUD, n'ont pas eu un caractère qui rende possible une prompte confirmation ou infirmation scientifique.

D'un vaste point de vue historique, l'aboutissement principal dans le développement de l'aspect psychodynamique de la psychiatrie a été influencé par l'importance de plus en plus croissante attribuée aux émotifs émotionnels et aux conflits émotionnels en tant que facteurs inconscients en relation avec la santé ou la maladie, et par le développement des méthodes de travail clinique pour étudier de tels facteurs et les combattre. Ce développement au sein de la psychiatrie a exigé plus d'étude sur la nature

de la personnalité et les influences de l'évolution de la personnalité et de ses modifications, et a aussi placé la psychiatrie dans le rôle stratégique d'"agir avec le malade en tant que personne". Le fait que cette situation existe dans l'historique de l'éducation et de la pratique médicale, que le "malade considéré en tant que personne" ait été mis en lumière après une période considérable de négligence, donne sur l'aspect psychodynamique de la psychiatrie une importance spéciale en matière d'éducation médicale. Il justifie en quelque mesure le principe selon lequel cet aspect de la psychiatrie a le rôle d'une science fondamentale dans le cycle médical.

D'autres spécialistes concentrant le plus possible leur activité au développement de l'enseignement des aspects psychodynamiques de la psychiatrie comme science médicale de base se sont rendus parfaitement compte de ses défaillances en tant que science; ils ont réalisé les difficultés d'une confirmation scientifique adéquate du fait des variations intervenant dans un cadre où l'expérimentation est difficile, où la déduction personnelle est un facteur si important dans le relevé des observations discriminatoires et les conséquences qui en découlent, et où les contrôles peuvent difficilement être tenus pour définitifs. Ces considérations constituent donc des limitations et handicaps sérieux dans le développement scientifique des psychodynamiques.

L'exposé qui précède donne quelque idée des raisons pour lesquelles la conférence ne parvint pas à définir de façon très satisfaisante les principes psychiatriques de base. Par ailleurs, la conférence n'était pas suffisamment qualifiée pour accomplir cette tâche du fait que la moitié de ses membres n'étaient pas

psychiatres. Elle eut néanmoins le mérite d'attirer de force l'attention sur le besoin de fondements scientifiques de psychiatrie pour les classifications diverses et leurs définitions succinctes.

Les études faites par la conférence mirent en lumière un accord général parfaitement bien défini en ce qui concerne les buts de l'enseignement psychiatrique de l'étudiant. Le but initial est de doter ce dernier d'un bagage suffisant de connaissances des faits de la nature humaine; le but clinique est de le familiariser au moyen de l'expérience clinique représentative, avec les plus courants et les plus importants problèmes concernant les malades en tant qu'individus et de cultiver chez lui enfin une compréhension et un jugement élémentaires en encourageant les relations entre le médecin et le malade.

Plus spécialement, l'enseignement psychiatrique est destiné à développer chez l'étudiant en médecine :

L'aptitude à questionner, à conduire un bon historique médical et à faire des observations pertinentes concernant l'aspect psychologique et social dans le comportement du malade qui peut ou peut ne pas présenter directement des symptômes de désordres psychologiques. Ceci implique une compréhension intelligente de la manière dont il convient d'interroger un malade indépendamment de ce que peuvent être les problèmes qu'il pose dans le présent.

L'aptitude à diagnostiquer correctement le cas particulier des malades qui sont déséquilibrés émotionnellement et dont les désordres peuvent s'exprimer par des symptômes d'ordre physique, psychologique ou social. Cette aptitude implique une convenable

maîtrise des méthodes d'examen physique, d'examen psychiatrique et de l'emploi ainsi que de l'interprétation critique des méthodes complémentaires (tests physiques et chimiques, examens psychologiques). Elle implique également une compréhension raisonnable des zones de comportement normal ou maladif dans notre société et plus particulièrement l'aptitude à différencier entre le comportement normal, névrosé, psychopathique, psychique et la déficience intellectuelle.

La compréhension de ce que le médecin qui n'est pas psychiatre peut et doit faire :

a) dans la manière d'entreprendre et de traiter les gens normaux d'un naturel émotif qui tombent malades;

b) dans la manière d'entreprendre et de traiter ceux qui souffrent de troubles émotionnels, qui peuvent ou non présenter des symptômes physiques;

c) dans les traitements d'urgence pour les malades déséquilibrés, particulièrement ceux qui se présentent fréquemment à l'attention du docteur en médecine générale, tels que les fous furieux, les neurasthéniques, ceux atteints de la maladie de la persécution ou autres obsédés, les excités, les enfants et les adultes déficients et les séniles.

La compréhension de ce que le docteur en médecine générale ne peut et ne doit pas faire dans les soins et le traitement du malade mental. De façon positive une telle compréhension implique la connaissance des méthodes d'appel intelligent aux spécialistes, hôpitaux et cliniques; la connaissance de l'optique et ses limites concernant les relations entre le psychiatre, le sociologue, le

psychologue, l'infirmier, le thérapeute professionnel, et tous ceux qui soignent le malade mental; la connaissance et l'appréciation exacte de l'optique et des limites des méthodes modernes de traitement du malade mental.

Un grand nombre de propositions générales ayant trait au planning de l'enseignement psychiatrique de l'étudiant furent présentées à la conférence par la commission préparatoire.(3) Les cinq définitions suivantes représentent les propositions acceptables dans un sens général :

Les progrès de la médecine ont conduit à une situation dans laquelle la psychiatrie est intimement liée en pratique avec la médecine générale, la pédiatrie, l'endocrinologie et autres spécialisations, et pas seulement avec la neurologie. Aussi l'enseignement intégré de la psychiatrie avec ces autres spécialités est une conséquence désirable et naturelle.

Depuis que la psychiatrie est considérée comme intimement liée aux aspects de la biologie humaine à l'application des concepts organiques, l'enseignement psychiatrique peut aider à réduire les études fragmentaires et outrancièrement compartimentées des problèmes médicaux.

---

(3) Le but des commissions préparatoires était d'analyser les domaines qui leur étaient assignés et d'apporter à chacun des sujets et de leurs composants telles informations de toute dernière actualité ainsi qu'un condensé suivi d'une opinion destinée à servir de base pour la délibération du sujet à la conférence. Il y eut ainsi 5 commissions préparatoires. Le sujet à traiter par la commission ci-dessus mentionnée était le suivant : Principes généraux, Programme et méthode d'enseignement de la psychiatrie pendant la période des études médicales élémentaires.

L'enseignement psychiatrique par la nature même de ses problèmes particuliers doit tenir compte des considérations sociales, culturelles, et également des considérations d'entourage. C'est pourquoi il donne une excellente occasion à l'étudiant d'avoir des contacts de travail avec les diverses branches s'y rapportant. Infirmerie, assistance sociale, sociologie, psychologie et avec le personnel d'autres professions telles que les contacts avec les maîtres d'écoles et professeurs, les infirmières et le clergé.

Les professeurs en psychiatrie, en soulignant l'importance des facteurs psychologiques ne doivent pas appuyer cette opinion en en minimisant l'importance des contributions de la bactériologie, de la pathologie cellulaire, etc... Dans l'éducation médicale les étudiants ont besoin de l'aide apportée par l'intégration de concepts médicaux divers. Par exemple, le concept selon lequel les changements de la cellule pathologique conduit à une symptomatologie clinique; mais un travail compréhensif de tant de principes divers dans une perspective équilibrée réclame un enseignement très équilibré.

L'étude des apports contributifs que la psychiatrie apporte à la médecine implique un procédé d'assimilation lente d'un sujet, pleine de difficultés et de subtilités, et nécessite non seulement la compréhension intellectuelle mais aussi la fibre émotionnelle (savoir donner sa sollicitude, se mettre à la place du malade, prendre conscience de la maturité intellectuelle de l'étudiant, etc...); pour ces raisons l'enseignement doit s'étendre sur quatre années du cours médical, en variant les sessions d'enseignement.

D'un point de vue très général, l'on peut dire que cette révolution tente de ramener la médecine vers des principes humanitaires; d'accroître l'intérêt porté par les médecins aux problèmes émotionnels et sociaux du patient, et du patient en tant que personnalité plutôt que d'une chose répartie arbitrairement entre différentes spécialités ou techniques de laboratoire.

Plus spécialement, on peut dire que cette réorientation exprime que l'on a enfin réalisé que l'étude médicale doit tenir compte des conséquences du fait que l'être humain, indépendamment de son hérédité biologique, possède également une hérédité extra-biologique (une hérédité culturelle si l'on veut) et que le développement de l'individu tant dans la maladie que dans un état de bonne santé, est partiellement déterminé par son aptitude à assimiler cette hérédité dont il doit tenir compte tout le long de sa vie dans ses rapports avec ses semblables.

Cette réorganisation prouve également que la psychiatrie (et par psychiatrie le rapport signifie sans équivoque : psychiatrie orientée, psychodynamiquement) a déjà progressé au point qu'elle peut servir de base scientifique pour la compréhension des relations sociales en général aussi bien que, dans un sens plus restreint, des relations entre le grand malade et son médecin.

De telles conceptions ne sont pas nouvelles. Il est cependant nouveau qu'il soit fait ouvertement mention de telles idées dans des programmes concrets d'enseignement et de voir que ces programmes ont été adoptés dans une large mesure dans tous les États-Unis par les meilleures universités.

Programme

Le principe généralement admis est que la psychiatrie est enseignée pendant toute la durée de l'instruction médicale, c'est-à-dire pendant les deux premières années appelées pré-cliniques et les deux dernières, années cliniques.

Les années pré-cliniques sont composées de trois cours suivis simultanément : physiologie, biochimie et anatomie. Le premier concerne le développement normal de la personnalité dans son sens le plus vaste, le second, la psychopathologie générale et le troisième donnant un aperçu de l'utilisation théorique et pratique des relations sociales en médecine.

Pendant leur troisième année et dans le plus grand nombre d'universités, les étudiants travaillent au moins un mois dans un service psychiatrique; pendant leur quatrième année, ils travaillent aussi longtemps ou plus, dans une clinique psychiatrique de malades externes et, quand c'est possible, pendant quelques semaines également, dans un service de psychiatrie infantile.

L'enseignement de première année porte généralement sur les sujets suivants :

1. L'apparentement entre l'évolution physique et le milieu, ainsi que l'importance des relations sociales dans le développement de la personnalité à ses différents stades, comprenant des sujets tels que :

   a) La longue période de dépendance physique de l'enfant;

b) L'importance de l'attitude générale des parents et spécialement celle de la mère pendant la période d'allaitement, pour le sentiment d'obéissance et de sécurité de l'enfant;

c) Le développement de ses aptitudes à faire la différence vis-à-vis de lui-même et de son entourage entre la réalité et la fiction;

d) L'antagonisme entre l'indépendance innée de l'enfant (partielle, compte tenu du temps pendant lequel il apprend à marcher) et son besoin de sécurité et de confiance;

e) Son identification avec ses parents et son égalité vis-à-vis d'eux, des problèmes concernant la jalousie infantile;

f) L'adaptation à l'entourage scolaire et le rôle du développement de l'intelligence et de la personnalité;

g) Les problèmes de la puberté et les réactions anti-conformistes;

h) La prise de conscience de son individualité; les problèmes sexuels avant et après le mariage;

i) L'influence de la naissance, de la grossesse et le rôle des parents sur les relations entre les nouveaux époux;

j) Les difficultés rencontrées par l'homme fait;

k) L'adaptation avec la ménopause et la séparation d'avec les enfants;

1) L'amoindrissement physique et mental de l'âge avancé, et la faiblesse mentale des vieillards.

2. Les influences sociales et culturelles sur le développement de la personnalité et du comportement, comprenant des sujets tels que :

   a) La classe ethnique et sociale qui crée des différences dans les usages et les habitudes;

   b) Les influences réciproques entre l'individualité et la culture;

   c) L'adaptation de l'individu à la société civilisée.

3. L'influence sur le comportement humain de la faculté de penser et de parler :

   a) Le concept de l'intelligence;

   b) L'étude;

   c) L'emploi des symboles dans la pensée.

4. Enfin, l'influence des émotions sur la fonction psychologique.

Pendant leur seconde année de cours en psychopathologie générale, il semble que la majeure partie des universités initient les étudiants au moyen de démonstrations cliniques, des syndromes psychiatriques classiques, de façon à les préparer à la pratique clinique pendant leur troisième année. Cependant, indépendamment de cela, la tendance dominante est d'interpréter la psychopathologie comme une science du développement pathologique ou comme la manifestation des variations dues au développement mental normal. Compte tenu de ces raisons, les cours sont souvent conçus sur

le même plan que la révision et la personnalité normale en cours de première année, c'est-à-dire : illustrations et essais pour donner aux étudiants une compréhension "dynamique" des désordres et déviations qui sont les caractéristiques des différentes périodes de la vie :

a) Problème de la nourriture;

b) Incontinence urinaire et cauchemars de l'enfance;

c) Désordre de comportement pendant les premières années d'école;

d) Le crime juvénile et homosexualité;

e) Psychopathologie de l'alcoolisme etc...

Une autre conséquence de cette tendance est que la révision théorique de la psychodynamique des différents types de névrose et des psychoses a pour but essentiel de préparer les étudiants aux mécanismes de restriction mentale qu'ils rencontreront à quelque faible degré que ce soit dans tout malade auquel ils auront à faire dans le futur. Une autre indéniable conséquence est que les étudiants n'ont qu'une très faible connaissance sur les psychoses organiques et cellulaires, leurs symptômes et leur traitement.

Lorsque l'on connaît l'orientation donnée à l'instruction pré-clinique, il n'est pas surprenant de constater que les études de clinique pratique pendant les troisième et quatrième années se concentrent sur les aspects psychothérapeutiques à un degré étonnamment unilatéral. Bien sûr les étudiants pendant leurs quatre à six semaines dans un service de psychiatrie ou dans une maison de repos, au cours de leur troisième année acquièrent quelque connaissance des types les plus importants de thérapeutique animale et

des méthodes ayant trait à l'emploi de la contrainte dans le traitement des excités aigus ou des neurasthéniques et autres cas similaires. Cependant, et particulièrement pendant leur quatrième année quand ils ont passé en tout un ou deux mois dans une clinique psychiatrique de malades externes, les étudiants pour la plupart emploient ce temps à s'entretenir avec quelques malades qu'ils suivent le plus longtemps possible (dans certains cas plus de six mois) à raison d'une ou deux consultations hebdomadaires). L'essentiel est que durant ce traitement qui, indubitablement consolide des connaissances de base dans lesquelles la pratique n'a eu qu'une faible part, ils soient supervisés par un membre du personnel régulièrement attaché au service. Cette méthode d'enseignement est véritablement très poussée car d'habitude deux étudiants discutent pendant une heure ou plus avec leur professeur de leurs malades respectifs.

En fin de compte, les principes psychiatriques ou, en d'autres termes, les principes psychodynamiques sont en voie d'intégration dans l'instruction médicale en général par ce moyen appelé "enseignement par délibération". En pratique, cette délibération est dirigée par un interne qualifié en psychothérapeutique ou un psychiatre spécialisé participant à la surveillance des étudiants pendant leurs études cliniques, pédiatriques et médicales, surtout en ce qui concerne les malades externes. Par contre, il est donné toute latitude aux étudiants pour suivre un ou plusieurs cas purement psychopathologiques. Il est évident que cela permet une réelle amélioration du cours purement psychiatrique.

Du fait des développements survenus ces dix dernières années dans le domaine de la thérapeutique et de la dynamique psychanalytiques, le Comité d'Education Médicale (4) s'intéressa, quant aux méthodes d'enseignement, à la réévaluation et à l'étude systématique des méthodes dites "par petits groupes" appliquées à l'enseignement de la psychiatrie.

Les problèmes relatifs à l'enseignement dans la section de psychiatrie sont, dans l'ensemble, les mêmes que ceux rencontrés dans n'importe quelle autre entreprise éducative. Le professeur doit attirer l'attention des élèves sur les points essentiels, les aider à les assimiler d'une façon à la fois sensée et utile. Outre ce qui précède concernant le personnel enseignant, l'élève doit, de son côté, puiser des renseignements, apprendre les diverses pratiques et techniques médicales, développer en lui l'habitude de la décision, s'identifier à son rôle de médecin et enfin se lancer dans un vaste problème professionnel qui mettra le point final à ses études médicales.

Pour guider l'élève dans le dédale compliqué qui doit lui permettre d'atteindre les buts recherchés, le professeur doit suivre une méthode d'enseignement nettement définie. La base même de cette méthode d'enseignement est "l'interrogatoire". La meilleure façon est de mettre l'élève dans son rôle d'inquisiteur pour essayer de l'amener à dégager les faits importants, les analyser et y apporter les solutions adéquates.

---

(4) Enseignement en petit groupe en psychiatrie pour les étudiants en médecine, défini par le Comité d'Education Médicale, Août 1958.

Dans les diverses situations créées pour produire chez l'élève des variations permanentes d'attitudes et de comportement, pour l'entraîner à mener ses interrogatoires et pour développer chez lui ses facultés d'assimilation des connaissances acquises, le personnel enseignant insiste sur le fait qu'elles doivent renfermer entre autres les cinq caractères suivants :

1) Le support émotionnel de l'élève au fur et à mesure qu'il avance dans la difficile tâche qui consiste à s'écarter des vieilles habitudes aisées de pensée et de comportement pour essayer d'en apprendre de nouvelles, inhabituelles.

2) La création d'un élément catalyseur qui soutienne l'élève dans ses études, c'est-à-dire qui lui laisse la conviction qu'il a découvert quelque chose d'important et qui lui sera utile plus tard dans sa profession.

3) La possibilité d'essayer et de mettre en pratique des méthodes nouvelles, ceci sans toutefois dépasser certaines limites de façon qu'une erreur ne puisse avoir de conséquences graves.

4)"Le recul" qui guide l'élève en le renseignant sur les progrès accomplis.

5) Empêcher l'habitude des conclusions hâtives en poussant l'élève à mettre les nouvelles méthodes en pratique sans le laisser s'enliser complaisamment dans la routine avec la sensation que tout a été dit.

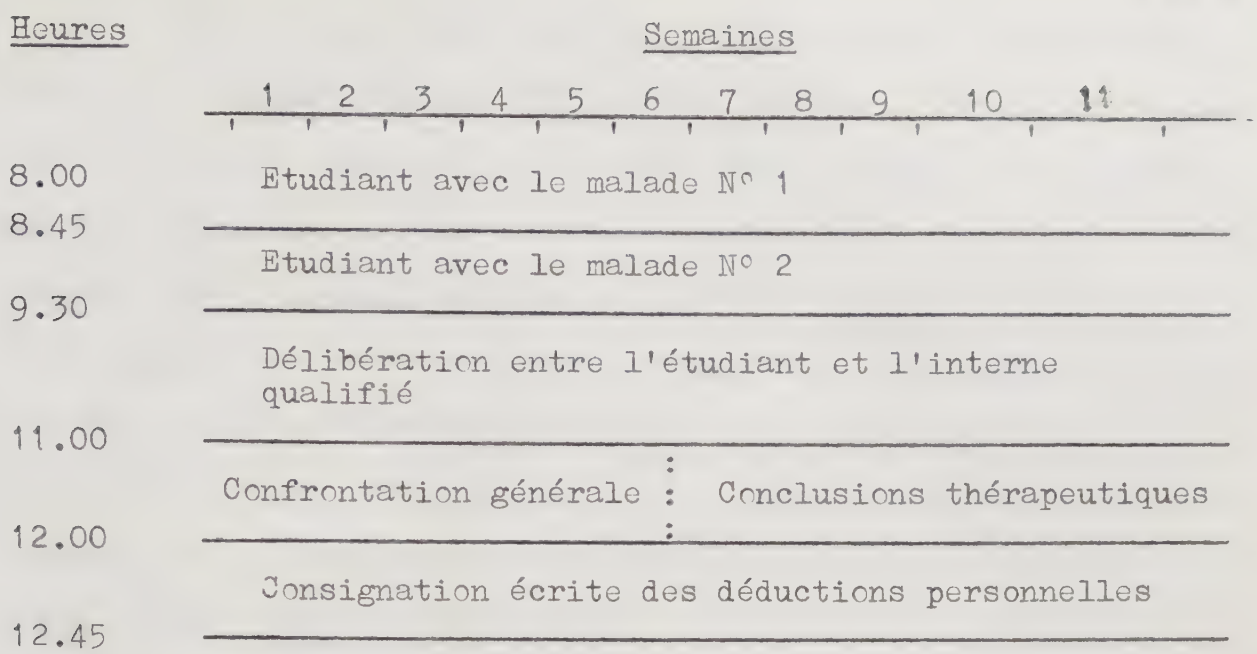
Le Comité estime que de petits groupes organisés pour que tous les membres participants puissent confronter leurs idées ainsi qu'ils sont supposés le faire, et où chacun apporte sa contri-

bution au succès du groupe, satisfont aux cinq critères cités plus haut beaucoup plus que la méthode classique d'enseignement par cours.

Ces groupes doivent évidemment comprendre des chefs de file spécialement entraînés et il faut tenir compte de certains faits comme du choix des divers éléments composant le groupe. Ces groupes posent aussi des problèmes à l'enseignement comme la création de la tension émotionnelle. Se basant sur l'expérience et les renseignements glanés pour l'élaboration de son rapport, le comité estime qu'il est vivement à souhaiter que la méthode d'enseignement par petits groupes soit mise en vigueur sur une plus vaste échelle. Il est convaincu de l'énorme potentiel éducatif de cette méthode.

L'Ecole de Médecine de l'Université de Californie entreprend actuellement une expérience en éducation psychiatrique universitaire. En voici la description :

L'année académique des anciens est divisée en trois périodes de onze semaines et demie. Le tiers de la classe, environ 26 étudiants, est affecté en psychiatrie en section de six ou sept à raison d'une matinée par semaine. Le plan est alors le même pour chacun; nous ne ferons état que de l'emploi du temps d'une section. La veille du premier jour, chaque étudiant reçoit un plan du cours accompagné d'une brève explication orale. Le tableau suivant résume l'organisation de ce cours :



La durée de la période d'instruction est indiquée en abscisse et l'horaire quotidien en ordonnée.

A huit heures du matin, le premier jour, l'étudiant et son surveillant prennent contact pendant un quart d'heure, le surveillant présente alors l'étudiant et le premier malade et pendant les quarante cinq minutes suivantes, il initie ce dernier à sa façon de mener une consultation psychiatrique, après quoi ils disposent ensuite d'une demi heure pour discuter de cette consultation. A neuf heures trente, même opération avec un second malade et suivie cette fois de quarante cinq minutes d'entretien entre le surveillant et l'étudiant. A onze heures, un membre titulaire de la Faculté décrit l'organisation du cours pendant les cinquante premières minutes donnant des précisions nécessaires concernant le caractère impératif de l'assiduité aux réunions, des travaux écrits, des entretiens avec les malades et des lectures préconisées. Les étudiants ont la faculté de poser des questions.

Un certain temps leur est ensuite accordé pour prendre des notes. Chaque étudiant doit écrire en détail et chronologiquement ce qu'il a constaté pendant ses entrevues avec ses malades. Ces notes mettent le professeur au courant de ce qui s'est passé pendant ces entrevues, et sont utiles à l'étudiant en favorisant sa compréhension de la psychopathologie de la psychodynamique et des possibilités thérapeutiques dues à ces entretiens ainsi qu'à la préparation du résumé écrit de ces conclusions. Elles sont paraphées par le surveillant de la section avant que l'étudiant ne parte chaque jour à 12 heures 45.

Chacun des jours suivants, la matinée s'organise ainsi : l'étudiant voit ses deux malades pendant quarante cinq minutes. Au début de son heure et demie de conversation avec son surveillant, il présente ses notes sur ses entrevues de la semaine précédente avec son maître psychiatre pendant qu'il écrit lui-même une courte note sur le schéma clinique des malades concernant les consultations du jour. Le maître paraphe les notes du schéma et emploie alors la majeure partie du temps à discuter avec l'étudiant sur son travail avec ses malades.

Pendant le deuxième jour, les étudiants ont une conférence avec le président du service psychiatrique qui leur expose un cas typique rencontré en pratique générale et les invite à en déduire les similitudes avec le cas de tel malade psychologiquement déséquilibré.

La troisième conférence est faite par un psychologue du service psychiatrique qui expose le rôle du psychologue clinique et sa contribution dans le travail avec le malade. L'importance

des tests psychologiques courants est démontrée et discutée. Un ou deux exemples de tests psychologiques sont prévus en s'aidant de malades choisis dans chaque section avant que l'étudiant ne présente ses conclusions thérapeutiques. Les résultats des tests sont discutés individuellement avec chaque étudiant à qui on demande alors de concrétiser ses observations par un traitement approprié.

La quatrième conférence est faite par un membre du Psychiatric Social Work Staff dont le but est de donner aux étudiants un bref aperçu de la philosophie, du champ d'action, de l'entrainement aux problèmes d'assistance sociale et une connaissance rudimentaire des secours mutuels et des services sociaux.

De ce point de vue les conférences prennent la forme de conclusions thérapeutiques dans lesquelles chaque étudiant peut exposer à ses collèges et membres de la faculté ses observations concernant un de ses malades. Il lit un résumé écrit divisé en trois parties : introduction, exposé des symptômes et un compte-rendu de son diagnostic. On lui demande de présenter son exposé dans les trente minutes de façon que les vingt minutes restantes soient consacrées à la discussion. En outre, le surveillant peut assister l'étudiant dans la présentation de son exposé. Le président encourage tous les étudiants à participer à la discussion. De cette façon, l'instruction s'améliore par la connaissance du travail pratiqué sur d'autres malades et cela permet aux membres de la faculté de se tenir au courant des progrès accomplis.

On s'efforce d'avoir au moins un problème d'ordre familial d'adolescent ou de pré-adolescent dans chaque section de façon que quelques aspects de la psychiatrie infantile puissent être soumis à l'attention des étudiants.

L'expérience acquise par cet enseignement est encore trop restreinte pour permettre de tirer des conclusions quant à son efficacité vis-à-vis des malades et des étudiants. Jusqu'ici quelques échanges de professeurs, d'étudiants et de malades sont intervenus. Les professeurs ont pris peu à peu plus de responsabilités en assumant plus fréquemment la présidence des conférences au cours desquelles les étudiants présentent leurs conclusions thérapeutiques. Quelques professeurs ont fait preuve de moins de réticence quant aux doutes sérieux qu'ils avaient primitivement sur l'effet fructueux résultant des contacts entre étudiants et malades dans certains cas de syndrômes cliniques. Les étudiants ont tous déclaré sur la question qui leur en était posée qu'ils avaient tiré profit de leur expérience. Ils semblent moins embarrassés au sujet du travail des psychiatres et quelque peu plus éclairés sur la nature et les possibilités de la psychothérapie.

Les malades sont restés fidèles dans la proportion de 85 % au rendez-vous qu'il leur était possible d'avoir et ont eu tendance à demeurer de plus en plus longtemps en traitement avec les étudiants.

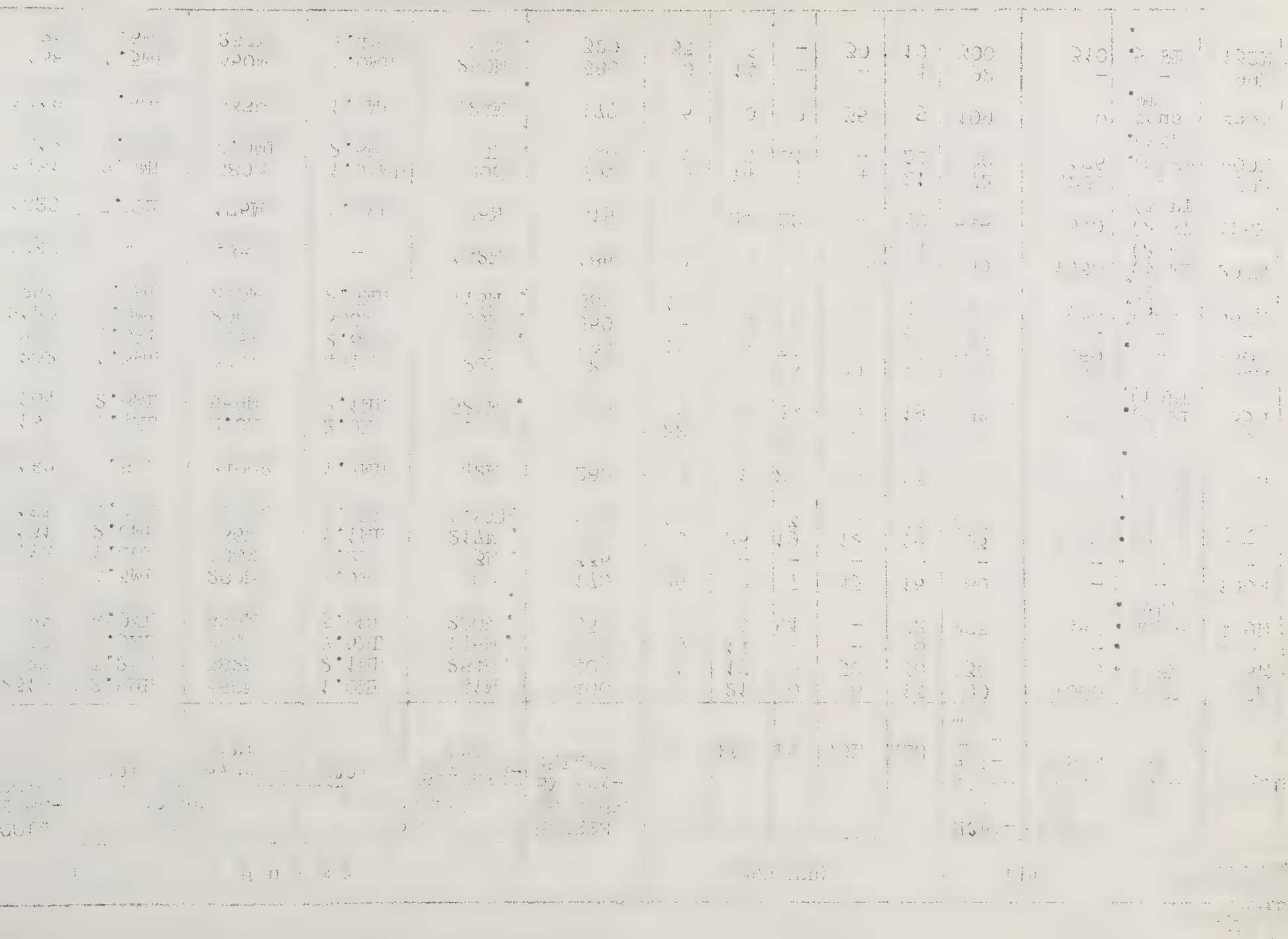
Nous avons vu ici une présentation détaillée d'un des nombreux cours expérimentaux en psychiatrie tendant à donner aux étudiants une meilleure appréciation du sujet. En ce qui concerne la structure actuelle d'une division psychiatrique, une publication

récente (1958) présente une étude sur les divisions psychiatriques dans 30 écoles de médecine américaines. Elle a pour but de mettre en évidence ce qui peut être considéré aujourd'hui comme la structure standard, réaliste et appropriée d'une section psychiatrique dans une école de médecine américaine.

Les moyens employés dans cette étude consistèrent en des consultations personnelles effectuées par des membres chevronnés du personnel du Département de Psychiatrie de l'Université de Pennsylvanie avec les professeurs spécialistes et les doyens des autres écoles. Trente écoles étaient représentées soit le tiers environ des écoles de médecine des U.S.A. plus une canadienne:

Les conclusions essentielles qui en sont tirées portent sur les budgets des écoles de médecine et les divisions psychiatriques compte tenu des dons reçus ou non. Elles dénombrent les heures de cours, le nombre des membres du personnel employé à plein temps, le nombre des volontaires, des internes, des lits disponibles et susceptibles d'être employés dans les hôpitaux d'enseignement, les équipes de recherche et les budgets alloués. Les écoles de médecine sont codifiées pour cacher leur identité. Bien que des chiffres aient été obtenus pour 30 écoles, ils sont donnés pour seulement 28 d'entre elles dans la table des matières dans le but de préserver leur anonymat. Dans 60 % des écoles, les doyens, les professeurs et les conférenciers demandèrent que leur école ne soit pas identifiée.

ECOLE DE MEDECINE	BUDGET				HEURES DE COURS EN PSYCHIATRIE	PERSONNEL					LITS		RECHERCHE	
	Dons compris		Dons non compris											
	Ecole	Psychiatrie	Ecole	Psychiatrie		FT	GFT	PT	VOL	RES	Hôpital d'enseignement	Hôpital auxil. annexe	Personnel	Budget
2318	2.5ML	450M	1.0ML	41M	400	0	21	0	8	13	90	1000	4 FT	45M
23	3.2ML	382M	2.1ML	284M	400	1	17	0	30	30	130	0	4 FT	25M
31	5.5ML	244M	2.6ML	145M	438	0	14	-	-	8	0	-	-	-
82	6.0ML	679M	3.0ML	200M	332	0	4	54	-	72	273	457	Major act.	479M
108	4.3ML	289M	2.0ML	82M	170	26	0	7	43	16	80	-	-	190M
112	1.8ML	108M	1.2ML	53M	336	-	-	-	-	-	-	-	-	-
131	2.0ML	466M	1.1ML	217M	424	0	26	19	12	19	103	1700	10	-
133	4.0ML	2.0ML	3.0ML	1.8ML	195	17	8	3	0	34	207	116	(4 FT (2 PT	800M
162	4.8ML	240MP	1.7ML	42M	280	2	1	22	60	13	6	12177	(3 FT (5 PT	70M
163	1.4ML	2.0M	2.0M	1.0MI	417	22	0	27	-	40	315	-	-	450M
184	2.8ML	559M	2.1ML	321M	500	1	18	24	0	19	81	3565	(8 FT (10PT	63M
202	1.3ML	275M	461M	20M	220	1	5	6	20	10	15	250	0	50M
235	4.0ML	466M	2.8ML	258M	183	11	-	33	-	28	100	350	-	450M
2120	3.0ML	200M	600M	50M	360	-	5	-	-	10	24	-	-	-
251	4.0ML	270M	2.5ML	116M	381	11	0	2	0	30	40	180	tous FT	222M
1337	-	488M	-	142M	186	0	6	0	30 à 40	50 à 60	90	1530	(3 FT (2 PT	294M
1425	3.7ML	176M	1.5ML	76M	415	9	24	22	-	40	848	340	(2 FT (3 PT	125M
1431	2.0ML	580M	1.03ML	90M	700	0	14	1	4	21	72	4200	-	70M
3412	7.5ML	2.0ML	2.8ML	113M	240	1	5	81	-	24	20	176	(8 FT (13PT	500M
3418	4.3ML	333M	1.7ML	124M	177	6	0	9	35	5	109	0	tous FT	250M
138	1.3ML	350M	1.0ML	250M	580	0	14	-	-	4	92	-	-	99M
21	2.6ML	237M	1.4ML	87M	320	33	6	-	30	10	300	310	5 FT	132M

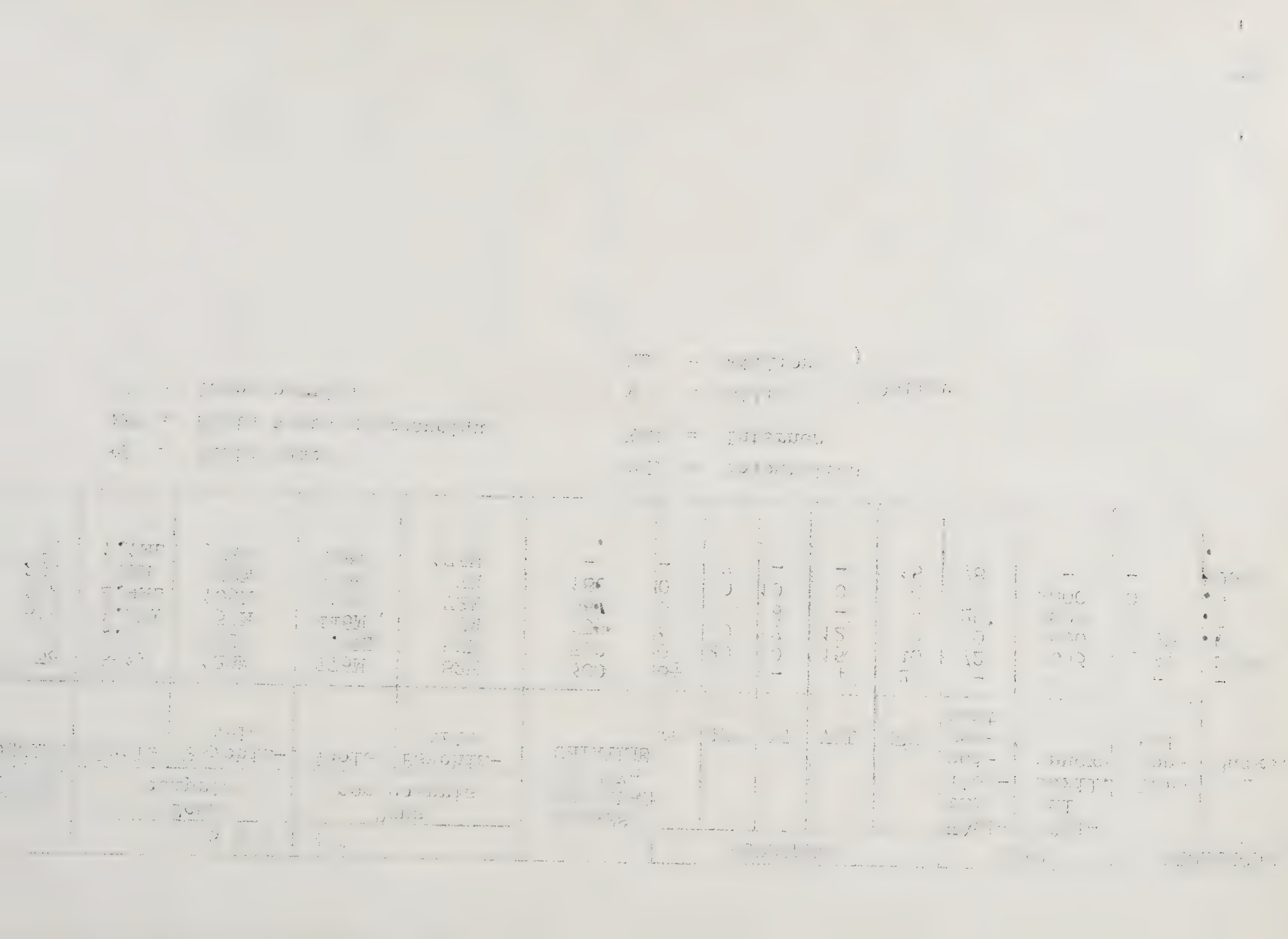


ECOLE DE MEDECINE	BUDGET				HEURES DE COURS EN PSYCHIATRIE	PERSONNEL					LITS		RECHERCHE	
	Dons compris		Dons non compris			FT	GFT	PT	VOL	RES	Hôpital d'enseignement	Hôpital auxil. annexe	Personnel	Budget
	Ecole	Psychiatrie	Ecole	Psychiatrie										
38	851M	129M	775M	82M	300	8½	5	-	4	20	-	-	-	-
33	2.0M	320M	1.5ML	50M	500	0	20	0	15	40	72	3063	2 FT	20M
818	1.2ML	37M	446M	7M	135	1	0	7	12	0	0	5000	4 PT	0
102	2.9ML	105M	617M	72M	367	0	0	6	-	-	25	3000	0	0
234	750M	32M	212M	7M	180	0	0	10	0	0	0	2000	0	0
34	1.1ML	375M	408M	175M	-	-	7	-	-	15	78	-	-	200M

FT = Plein temps
GFT = Plein temps géographique
PT = Temps partiel

VOL = Volontaires
RES = Internes

M = Mille
ML = Million
} Dollar



De cette étude il ressort que :

1) Presque toutes les écoles de médecine disposent de 25 à plus de 100 lits dans leurs hôpitaux d'enseignement;

2) Le nombre des personnels employés à temps complet va de 4 à 8 ou 10;

3) Le noyau des personnels employés à temps complet est assuré par la majorité des écoles;

4) Beaucoup d'écoles ont un nombre important d'internes, 13, 20, 40, 50;

5) Les écoles en progression élargissent leur activité dans le sens de la recherche et préparent d'importants programmes dans ce sens;

6) De même, elles consacrent un nombre croissant d'heures d'enseignement à la psychiatrie;

7) L'enseignement y est assuré plus par le personnel employé à plein temps que par les volontaires;

8) Dans beaucoup d'écoles, ou bien les honoraires des malades payant sont reversés au budget du service, ou bien, dans le cas des bas salaires, elles autorisent le personnel à percevoir leurs propres honoraires à l'Economat de la clinique ou de l'hôpital dans lequel ils exercent leur enseignement, leur entraînement, leurs recherches. Dans de nombreux cas l'Hôpital de l'Université fournit les locaux et le personnel administratif.

Le problème fondamental qui se pose maintenant aux Etats-Unis semble résider dans la manière d'intégrer l'enseignement de la

conduite humaine dans la carrière médicale d'une manière compréhensible et efficace; il a été examiné par de nombreux auteurs. Deux psychiatres en New Orleans croient que cet enseignement en tant que science de base dans les écoles de médecine est plus abordable par un bagage clinique expérimental bien adapté aux données fondamentales psychologiques, culturelles et neuro-physiologiques. Dans un essai tendant à parvenir à une meilleure compréhension et un meilleur enseignement des réactions humaines dans l'état de bonne ou mauvaise santé, la nouvelle école de médecine de l'Université de Kentucky a créé un service de science des réactions; on a l'intention d'y créer une équipe spécialisée où les étudiants apprendraient les interférences entre les différents groupes professionnels intéressés par l'étude du comportement et comprenant des sociologues, des anthropologistes, des adeptes de la psychologie sociale expérimentale. Dans le service de psychiatrie à l'Ecole de médecine de l'Université de Baylor, on fait appel dans une large mesure à un sociologue pour aider les étudiants à comprendre le comportement humain dans l'expression "que font les gens" ? plutôt que "que devraient-ils faire" ?

Une récente étude a souligné l'importance de l'internat dans l'éducation des étudiants en médecine. L'Université de Pittsburgh a publié une étude faisant ressortir l'intérêt pour les étudiants d'un enseignement conjoint par un interne et un psychiatre pendant plusieurs années. Les deux professeurs s'ingénient à se compléter de façon à pouvoir adopter une pédagogie commune visant à ne donner du malade une image ni purement psychiatrique, ni purement clinique. La question "est-ce psychique ou organique" ? apparaît alors moins fréquemment.

Il est intéressant de constater que très peu d'écoles de médecine américaines s'intéressent aux problèmes sexuels et matrimoniaux et que la littérature psychiatrique pendant les années d'études n'en font état que de façon sommaire. Récemment en Grande Bretagne eu lieu un congrès d'une demi journée qui souligna la carence d'une telle éducation et le besoin de la voir mise en vigueur en tant que partie intégrante du cours.

Aussi loin que progresse l'étude psychiatrique aux Etats-Unis, une reconsidération des derniers chiffres réels fait apparaître qu'il y a couramment (en 1960) deux cent quatre-vingt-huit programmes d'internat pour un total de deux cent soixante-dix inscriptions. Soixante-dix-huit pour cent des internats en psychiatrie sont pourvus. Ces chiffres indiquent approximativement une plus-value de deux cent soixante internes en cours de psychiatrie cette année là qu'à la même époque l'année précédente. Il est intéressant de constater qu'il y a presque deux fois autant d'internes en cours de chirurgie (5.373) ou en médecine interne (4.842) qu'en psychiatrie.

Les diplômés en médecine désirant se spécialiser dans le domaine de la psychiatrie peuvent participer à un des programmes d'entrainement mentionnés ci-dessus. Comme exemple de programme d'internat en psychiatrie, voici la description détaillée de celui en vigueur au Centre Médical Métropolitain du Collège de médecine de New York.

Première année : Programme clinique

Le but du programme de première année est de donner une notion fondamentale de la psychiatrie clinique. L'étudiant est affecté au centre psychiatrique auprès des malades hospitalisés, où l'occasion lui est donnée d'examiner et traiter sous surveillance les malades psychiatriques aigus. On lui enseigne la technique de l'interrogation, l'établissement de la fiche et le diagnostic clinico-psychiatrique. On s'efforce de considérer le malade dans son ensemble du

point de vue émotionnel, physique et social. Dans ce but l'interne est invité à travailler en relations étroites avec le psychologue clinique, l'assistant social et autres spécialistes professionnels. Il est individuellement supervisé par les psychiatres présents. Des discussions contradictoires ont lieu, ainsi que des conférences cliniques. Pendant son service dans cette section, l'interne peut étudier et utiliser les thérapeutiques somatiques telles que le traitement par électrochoc et la pharmacothérapie. Il commence également son entraînement en psychothérapie. Le planning pour la remise en liberté des malades, leur reclassement sur la marche du travail et leur renvoi dans le département des malades externes ou autres services sociaux ou cliniques, est fait en collaboration avec l'assistant social adéquat. L'interne peut aussi soigner les urgences psychiatriques aigues par son affectation à une salle d'urgences dans un des hôpitaux du centre.

Au cours de l'année l'interne participe à un programme didactique organisé dans le but de lui fournir :

a) des notions en psychiatrie clinique fondamentale et les sciences des réactions s'y rapportant;

b) une initiation aux principes psychanalytiques et psychodynamiques;

c) les principes fondamentaux de neurologie, neuro-anatomie, neurophysiologie, neuropharmacologie et neuropathologie.

Deuxième année

Pendant la deuxième année l'interne va commencer son périple parmi des services psychiatriques plus spécialisés qui vont lui donner l'occasion d'acquérir plus de sûreté dans le diagnostic et la psychothérapie à court ou long terme des malades

adultes ainsi qu'une certaine expérience des adolescents et des enfants. L'interne a ainsi le moyen d'améliorer son bagage psychiatrique.

Pendant une période de deux mois l'interne est affecté au service narcotique de l'Hôpital Métropolitain qui dispose de 50 lits et est spécialisé dans le traitement des adultes et adolescents adonnés aux stupéfiants. Ce service offre l'occasion rare d'étudier non seulement la psychologie de l'usage des drogues, mais aussi les facteurs sociaux qui, du point de vue psychiatrique, résultent de ce problème.

Pendant les trois mois suivants l'étudiant est affecté au service neurologique de l'Hôpital Métropolitain où on lui enseigne de façon intensive la neurologie clinique ainsi que des règles de base en matière de technique, d'examen neurologique, de diagnostic et de traitement des désordres neurologiques ordinaires.

Pendant une autre période de quatre mois l'interne est envoyé dans un hôpital psychiatrique affilié où il va acquérir une expérience complémentaire dans le traitement des psychoses chroniques fonctionnelles et organiques.

Pendant les trois mois suivants l'interne va passer la moitié du temps dans un service de malades adultes externes et l'autre moitié dans le service des enfants et adolescents. Ces affectations ont pour but de le familiariser avec ces divisions qui sont spécialisées dans l'entraînement à la psychothérapie psychanalytique. L'interne va continuer à exercer dans ces services pendant la troisième année de son entraînement. Dans certains cas les internes

ont la facilité de poursuivre pendant 18 mois cette étude intensive de la thérapeutique.

Troisième année

Pendant cette année l'objet principal en sera l'expérimentation en psychothérapie. Pendant douze mois, à mi-temps, une affectation au service des malades externes adultes où les internes continueront à avoir l'occasion de travailler sur les malades adultes pendant de longues périodes, de manière à perfectionner leurs techniques de psychothérapie psychanalytique. La supervision sera intensifiée par la Faculté psychiatrique, la plupart de ses membres étant des psychanalystes qualifiés. Pendant la durée de leur affectation dans ce service, ils auront la faculté de poursuivre leurs consultations avec les malades dont le cas ressort de la médecine gérérale ou de la chirurgie dans les services de Flower Fifth Avenue et des Hôpitaux Métropolitains; ils y rencontreront non seulement des cas de complications psychologiques de différentes maladies, mais aussi de troubles psychosomatiques classiques.

Pendant ces mêmes douze mois, mais à mi-temps, l'interne sera affecté au service des maladies infantiles où il s'instruira sur l'étude, les diagnostics et le traitement sur un groupe choisi d'enfants et adolescents malades, à la fois sur malades internes et malades externes.

L'enseignement dispensé au cours de cette année correspondra aux diverses affectations cliniques.

Pendant la deuxième et la troisième années de cet entraînement, l'interne devra participer à l'instruction des étudiants en médecine. Pendant la troisième année de ce programme d'entraînement,

le temps nécessaire à la recherche peut être accordé à l'interne s'il le désire.

Après ces trois années, l'interne peut passer son examen de psychiatrie, et, s'il est reçu, il est autorisé à pratiquer en tant que spécialiste en psychiatrie.

Cependant, il peut continuer son entraînement pendant une quatrième et une cinquième années. Ces années lui permettent d'effectuer des études poussées dans une variété de spécialisations. Les trois premières années sont prévues essentiellement pour assurer une préparation de base pour n'importe quel secteur de la spécialisation psychiatrique pouvant être choisi ultérieurement et, si après deux années complémentaires d'entraînement, l'étudiant remplit les conditions académiques exigées par le jury, il peut alors être considéré comme Maître ou Docteur de Science Médicale en psychiatrie.

Présentement, les honoraires des internes vont de 3.180 à 7.100 dollars par an. Tous les internes reçoivent un uniforme, sont logés et nourris dans les quartiers du personnel et sont blanchis gratuitement.

Programme didactique

Cours de première année.

1A Neuro-anatomie : Un cours en laboratoire sur l'anatomie du cerveau et une série de cours sur l'anatomie du système nerveux cérébral.

1B Neurophysiologie, neurochimie, neuropharmacologie et neuropathologie : vingt cours et démonstrations.

1C Introduction aux psychodiagnostics : huit cours.

1D Psychiatrie clinique : cours, démonstrations et conférences, une heure chaque semaine pendant toute l'année.

a) Techniques de l'interrogatoire.

b) Une révision des différentes maladies psychiatriques; différenciation des diagnostics entre les psychoses organiques et fonctionnelles, etc...

c) Historique de la psychiatrie.

1E Lectures sur la psychiatrie de base : une heure par semaine pendant toute l'année. Ce cours munit l'interne d'un précis qui lui permet de suivre ses lectures en psychiatrie de base. Les lectures qui seront discutées en assemblées comprennent des livres sélectionnés et des publications ayant trait à l'histoire de la psychiatrie, la psychiatrie clinique et les sciences sociales.

1F Origines et évolution du comportement : une heure par semaine pendant toute l'année. Discussion sur les moyens variés pour comprendre le développement de la personnalité. Des indications d'ordre psychanalytique, biologique, psychologique, sociologique et anthropologique sont données dans la présentation

1) de la structure et la fonction de la personnalité de l'adulte normal;

2) du développement mental normal et anormal, de la naissance à la sénescence;

3) des réactions anormales de l'organisme à la contrainte ainsi que la formation des symptômes.

1G Introduction à la psychothérapie : une heure par semaine pendant toute l'année. Cours, discussions, démonstrations. Les principes et les techniques de base de la psychothérapie y sont systématiquement décrits et illustrés.

1H Introduction aux thérapeutiques somatiques : une heure par semaine pendant seize semaines. Exposé des principales thérapeutiques organiques utilisées en psychiatrie, telles que l'électrochoc, le traitement du coma par l'insuline, la pharmacothérapie, etc..

1J Journal Club : une heure par semaine pendant toute l'année pour tous les internes : Revue des publications psychiatriques courantes.

1K Conférences cliniques : une heure par semaine pendant toute l'année. Discussions de cas avec mise en lumière des facteurs psychodynamiques.

Cours de deuxième année

2A Lectures en psychanalyse, quinze sessions. Ce cours a pour objet les écrits de FREUD antérieurs à 1920.

2B Introduction à la psychiatrie infantile, quinze sessions. On trouve parmi les sujets traités, le développement de l'enfant, psychodynamiques, nosologie, psychothérapie, tests psychologiques et les problèmes de l'internement.

2C Médecine psychosomatique d'introduction : huit sessions.

2D Psychodynamiques des névroses : une heure par semaine pendant toute l'année. La revue systématique des principales névroses et psychoses, aperçus sur le plan psychodynamique et psychoanalytique.

2E Conférences cliniques : une heure par semaine pendant toute l'année, discussions des cas avec mise en lumière des facteurs psychodynamiques.

2F Conférences poussées sur la psychothérapie et introduction à la thérapeutique psychanalytique : une heure par semaine pendant l'année environ, cours et démonstrations. Continuation du cours 1G.

2G Psychiatrie sociale et communautaire : une heure par semaine toute l'année consistant en dix cours suivis de conférences et participation dans les activités communautaires du département de psychiatrie.

2H Conférences par des spécialistes de l'extérieur.

2I Psychothérapie de groupe : 10 sessions. Cours sur la théorie et la pratique de la psychothérapie de groupe, ce dernier suivi du cours 2J.

2J Conférences sur les expériences ayant trait à la psychothérapie de groupe : une heure par semaine.

2K Usage des stupéfiants. Conférences : une heure par semaine pendant huit semaines. Les aspects sociologiques, psychopathologiques et psychothérapeutiques de l'usage des stupéfiants.

2L Les bases de la neurologie clinique : quinze sessions. Une revue des syndromes neurologiques divers en considération de leurs aspects neuro-anatomiques et neuropathologiques.

Cours de troisième année

3A Conférences sur un cas continu : une heure par semaine pendant toute l'année. Continuation, session après session, de la revue d'un cas particulier en cours de traitement pour la mise en lumière des facteurs psychodynamiques.

3B Problèmes spéciaux en psychothérapie : une heure par semaine pendant seize semaines. Revue des divers problèmes techniques susceptibles d'être rencontrés de façon inattendue dans la pratique de la médecine psychothérapeutique.

3C Conférences sur les sciences du comportement :

a) psychologie sociale : huit sessions
b) anthropologie : huit sessions.

3D Conférences sur la recherche : seize sessions. Principes et méthodes de recherche basés sur la revue des résultats déjà publiés et des études contemporaines, elles-mêmes soutenues par d'actives investigations.

3E Conférences sur la psychiatrie légale, huit sessions. Revue des relations entre la loi et la psychiatrie.

3F Lectures en psychanalyse. Deuxième partie du cours du programme psychanalytique, quinze sessions. Ce cours a pour objet les secrets de FREUD postérieurs à 1920. Les travaux de JUNG, ADLER, ABRAHAM, REICH, FERENCZI, ALEXANDER, KARDINER, SULLIVAN et HORNEY y sont discutés.

3G Médecine psychosomatique avancée. Poursuite du cours 2C. Une heure par semaine pendant seize semaines. Importance de l'identité physique et morale.

3H Conférences cliniques poussées. Une heure par semaine pendant toute l'année. Discussions de cas avec mise en lumière des facteurs psychodynamiques.

Telle est la description détaillée d'un des 288 programmes d'internat applicables aux médecins désirant se spécialiser dans le domaine de la psychiatrie. Ce programme est résumé dans le tableau suivant :

	1ère ANNEE	2ème ANNEE	3ème ANNEE
Programme clinique	Programme de 1ère année sur malades internés au Flower Hospital.	3 mois en neurologie à l'Hôpital Métropolitain.	12 mois à mi-temps dans un service infantile.
		2 mois au Service des Stupéfiants, Hôpital Métropolitain.	12 mois à mi-temps dans une section d'adultes non internés avec consultations dans les services médicaux du Centre Médical.
		4 mois d'études sur les psychoses chroniques, comprenant 2 mois à Bird S. Coler et 2 mois à Lyons V.A.H. ou à l'Hôpital d'Etat de King's Park.	
		3 mois à mi-temps dans un service infantile. 3 mois à mi-temps dans une section d'adultes non internés.	
Nombre de cours du programme didactique. Jour	IA, IB, IC, ID, IE, IF, IG, IH, IJ, IK.	2D, 2E, 2F, 2G, 2J, 2K, 2L.	3A, 3B, 3C, 3D, 3E, 3G, 3H.
Soir	Pas de cours du soir.	2A, 2B, 2C, 2H, 2I.	3F.

Conférences régulières dans les diverses branches :

(1) Conférence générale - Hebdomadaire
(2) Conférence du service des stupéfiants - Bi-hebdomadaire
(3) Conférence clinique des malades adultes non internés - Bi-hebdomadaire
(4) Conférence de psychiatrie infantile - Hebdomadaire
(5) Conférence de psychiatrie de l'adolescence - Hebdomadaire.

Un nombre appréciable d'internes continuent à provenir de l'étranger bien qu'au point de vue intérêt la proportion en psychiatrie soit moindre en moyenne que pour le reste. En Amérique, 23 % d'internes diplômés d'écoles étrangères s'orientent vers la médecine, la chirurgie etc..., 19 % s'orientent vers la psychiatrie. SMILEY donne un compte-rendu des résultats de la première année de fonctionnement du Conseil d'instruction pour les diplômés étrangers. Ce Conseil fait subir un examen des diplômés étrangers qui doit être passé pour l'inscription à un internat pour un programme d'études. Au cours de l'examen de Février 1959 aux Etats-Unis, 48 % ont obtenu une note de passage et 27 % obtinrent une note d'admissibilité conduisant à une inscription provisoire.

Pour conclure, deux tendances décourageantes apparaissent évidentes en Amérique dans le présent. La première concerne le taux du nombre de psychiatres par rapport à la population générale. Entre 1956 et 1959, ce taux est passé de 1 pour 19,200 à 1 pour 16,400. Cependant, compte tenu de notre développement démographique, cette augmentation de l'effectif total des psychiatres ne saurait être considérée comme valable. Un autre fait important réside dans la concentration des psychiatres dans les grandes villes avec 54 % de la totalité résidant dans les quinze plus grandes enceintes métropolitaines ne représentant seulement que 31 % de la population des Etats-Unis.

L'autre tendance décourageante consiste dans le nombre décroissant des candidats aux écoles de médecine par rapport à l'accroissement des inscriptions dans les collèges et du nombre croissant des diplômés de fin d'études dans ces mêmes collèges. Aussi il est bien évident que les écoles de médecine n'attirent pas la

même qualité d'étudiants qu'auparavant. Au cours de l'année 1950-1951, 40 % des étudiants entraient à l'école de médecine avec une moyenne de "A". En 1958, le pourcentage était tombé à 18 % pour la même moyenne. A la lumière de ce qui précède, le doyen de l'école de médecine déduit qu'il est peu probable que la spécialité psychiatrique dans sa forme actuelle puisse faire face aux besoins toujours croissants. Il envisage la possibilité d'initier un grand nombre de médecins qui désireraient l'être, à la psychiatrie; ceci au moyen d'un cycle scolaire médical différent de celui adopté pour les médecins ordinaires. Il pressent qu'il nous faudra pourvoir le secteur médical d'un plus grand nombre de psychiatres ou tenir tête aux psychologues cliniques, assistants sociaux et autres groupes extra médicaux tendant à s'immiscer à l'excès et de plus en plus dans le traitement des maladies mentales aux Etats-Unis.

C O N C L U S I O N S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

L'historique de l'Education Médicale Américaine et de l'organisation de ses institutions peut être ainsi présenté.

L'éducation des psychiatres non diplômés est discutée en soulignant tout spécialement l'importance de la Conférence d'Ithaque de 1951 préconisée par l'Association des Collèges Médicaux Américains et l'Association Psychiatrique Américaine. Les pratiques d'enseignement en vigueur au moment de la conférence, telles qu'elles furent déterminées au moyen d'un questionnaire adressé aux écoles de médecine américaines sont présentées ainsi que les deux tendances générales qui se font jour dans ces pratiques :

1) Les efforts qui devraient être faits pour enseigner la psychiatrie pendant les quatre années du cours médical,

2) L'accroissement de l'enseignement intégré, en collaboration avec les autres sections de l'Ecole de médecine ou même parfois en collaboration avec les sections d'autres écoles de l'Université.

Les raisons pour lesquelles la Conférence ne pouvait être d'accord sur les principes psychiatriques de base sont discutées, ainsi que la définition des buts du programme d'enseignement des psychiatres non diplômés.

Le cycle actuel pour les psychiatres non diplômés tel qu'il est en vigueur dans la majorité des universités américaines est présenté en détail; l'homogénéité des pratiques d'enseignement ayant été le corollaire des travaux de la conférence. Un mémoire établi d'après une récente étude révèle la structure actuelle d'un département de psychiatrie dans une école de médecine américaine. Les sujets considérés par cette étude étant : les budgets pour les écoles de médecine et les départements de psychiatrie, le nombre d'heures d'enseignement, la répartition du personnel enseignant à plein temps, volontaires, internes, etc..., le nombre de lits disponibles et destinés à l'enseignement, le personnel employé au service des recherches et les budgets consacrés aux dites recherches.

Aujourd'hui aux Etats-Unis, beaucoup d'écoles sont en période d'expérimentation des diverses méthodes d'enseignement de la psychiatrie. A titre d'exemple, la méthode expérimentale en vigueur à l'Ecole de Médecine de l'Université de Californie est décrite

ainsi que quelques indications sur son efficacité tant pour les malades que pour les étudiants. Quelques-unes des méthodes employées par les autres universités sont brièvement discutées en faisant apparaître les tentatives faites pour intégrer l'enseignement du comportement humain dans le cycle médical d'une façon compréhensible et efficiente.

L'éducation psychiatrique des diplômés est discutée et le programme en vigueur dans un centre médical (Centre Médical Métropolitain du Collège Médical de New York) est présenté en détail de façon à donner au lecteur une idée du contenu et de l'organisation d'un tel programme d'enseignement.

Deux tendances décourageantes semblent se manifester aujourd'hui aux Etats-Unis :

1) Le pourcentage d'accroissement du nombre des psychiatres n'est pas proportionnel à l'accroissement de la population,
2) Le nombre décroissant d'inscriptions dans les écoles de médecine, ceci malgré l'augmentation d'inscriptions dans les collèges et le nombre croissant des diplômés sortant de ces collèges.

Le Comité d'Education Médicale considère la méthode d'enseignement par "petit groupe" comme un moyen efficace d'aider l'étudiant à développer en lui les qualités d'enquêteur si essentielles pour son travail de médecin. Elle y parvient :

1) en lui offrant un soutien émotionnel,
2) en lui donnant les moyens d'expérimentation sans risques en cas d'erreur,

3) en l'encourageant dans ses travaux d'étude,

4) en lui permettant des retours sur lui-même lui donnant conscience des progrès accomplis,

5) en l'immunisant contre les conclusions prématurées.

VU, le Président de Thèse,

Monsieur le Professeur DELAY

VU, le Doyen,

Monsieur le Professeur BINET

VU, le Recteur,

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

1. A Descriptive Directory of Psychiatric Training in the United States and Canada... Third Edition, 1960, compiled by the Committee on Medical Education of the American Psychiatric Association.

2. ALBRONDA Henry, SZUREK Stanislaus, STARKWEATHER John - Under graduate Psychiatric Education, California Medicine, 91 : 5, 270-273, November 1959.

3. An outline for a curriculum for teaching psychiatry in medical schools. Journal of Medical Education, 1956, 31, pp.115-128.

4. APPEL K., MITCHELL J. and LHAMON W. - Psychiatric values in a new method of medical education. American Journal of Psychiatry, 1952, 109, pp. 102-107.

5. APPEL K., PEARSON M. - Facilities for Psychiatric Education : Survey of Psychiatric Departments in Medical Schools. The American Journal of Psychiatry, 115 : 8, p. 698, February 1959.

6. BERMAN L. - A group psychotherapeutic technique for training in clinical psychology. American Journal of Ortho-psychiatry. 1957, 23, pp. 322-327.

7. BLOOM S. - Journal of Medical Education, 34 : 667, 1959.

8. Bulletin on Psychiatric Residency Program, 1961-1962, New York Medical College, Metropolitan Medical Center, New York, N.Y.

9. DEDMON R. - Journal of the American Medical Association, 169 : 329, 1959.

10. EBAUGH Franklin, BARNES,Robert - Psychiatric Education, American Journal of Psychiatry, 116 : 7, 653-657, Janv.1960.

11. HOLT, WILLIAM L. Jr. - Advances in Psychiatric Teaching and Training Programs Diseases of the Nervous System. 22, 81, Feb. 1961.

12. MALAMUD William - Psychiatry in Undergraduate Medical Education. Journal of the American Medical Association, May 7, 1949, Vol. 140.

13. Mc CONDLESS F. and WEINSTEIN M. - Relation of Students' attitude changes to teaching techniques. A preliminary study. Journal of Medical Education, 1956, 31, pp. 47-55.

14. MITCHELL John - Journal of Medical Education, 34 : 53, 1959.

15. MITCHELL John - Remodeling Medical Education, Pediatrics, 6 : 5, November 1950 pp. 692-693.

16. PELTY W., STEEL E. and WRIGHT S. - Group experience with medical students as a method of teaching psychiatry. American Journal of Ortho-psychiatry. 1957, 37, pp.145-166.

17. Psychiatry and medical education : Report of the 1951. Conference on Psychiatric Education, held at Cornell University, Ithaca, New-York, June 21-27, 1951. American Psychiatric Association, Washington, 1952.

18. Report on Medical Education, N° 3 - Group for the Advancement of Psychiatry, Topeka, Kansas, March, 1948.

19. ROMANO John - Psychiatry in Undergraduate Medical Education, Bulletin of the Menninger Clinic. 9 ; 2, March, 1945.

20. ROMANO John - Basic Orientation and Education of the Medical Student, Journal of the American Medical Assn., June 3, 1950, Vol. 143, pp. 409-412.

21. Round table on Undergraduate Teaching and Postgraduate Training in Psychiatry. Journal of the Association of American Medical Colleges, 26 : 2, March 1951, pp. 152-154.

22. Small Group Teaching in Therapy for Medical Students formulated by the Committee on Medical Education. Group for the Advancement of Psychiatry, August, 1958.

23. SMILEY D. - Journal of the American Medical Education, 170 : 534, 1959.

24. STRAUS R. - Journal of Medical Education, 34 : 662, 1959.

25. The Undergraduate Medical Curriculum, 1950-1951. University of Colorado School of Medicine, Supplement to University of Colorado Bulletin. Vol. 1, N° 16, May 15, 1950.

26. The Teaching of Sexual and Marital Relations to Medical Students, British Medical Students Association p. 47, 1959

27. WATKINS C., KNIGHT B. - American Journal of Psychiatry, 116 : 55, 1959.

28. WHITEHORN John C. - Psychiatry as a Basic Medical Science, Connecticut State Medical Journal, VI, 0, September 1942, p. 693.